|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Список изменяющих документов(в ред. приказа Минсоцразвития Новосибирской областиот 12.01.2016 N 1,приказов Минтруда и соцразвития Новосибирской областиот 13.08.2018 N 895, от 18.09.2020 N 794, от 27.07.2021 N 645) |  |

 (наименование территориального органа министерства

 труда и социального развития Новосибирской области)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

1. Адрес места жительства (места пребывания), страховой номер

индивидуального лицевого счета (СНИЛС):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается почтовый адрес места жительства (места пребывания),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем, когда выдан |  | Место рождения |  |

2. Сведения об уполномоченном представителе недееспособного лица:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (почтовый адрес места жительства (места пребывания),

 страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), телефон)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность уполномоченного представителя |  | Дата выдачи |  |
| Номер документа |  | Дата рождения |  |
| Кем выдан |  | Место рождения |  |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия уполномоченного представителя |  |
| Номер документа |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

Для граждан, в отношении которых установлены опека или попечительство,

дополнительно указываются реквизиты отдельного номинального счета,

открываемого опекуном в соответствии со статьей 37 и главой 45 Гражданского

кодекса Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Прошу установить мне ежемесячную денежную выплату по категории

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указать категорию лица, имеющего право на ежемесячную денежную выплату)

и перечислять на п/о \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с/к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

р/с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Данные, указанные в заявлении, соответствуют документу, удостоверяющему личность | Подпись специалиста |
|  |

К заявлению прилагаю следующие документы:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Обязуюсь безотлагательно сообщать об обстоятельствах, влияющих на

изменение размера ежемесячной денежной выплаты, а также об обстоятельствах,

влекущих прекращение ежемесячной денежной выплаты.

 С 01.01.20\_\_\_ прошу заменить меры социальной поддержки денежными

выплатами (отметить нужное):

┌─┐

└─┘ - по обеспечению лекарственными средствами

 (для лиц, подвергшихся политическим репрессиям и признанных

 реабилитированными;

 лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий;

 лиц, проработавших в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая

 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно

 оккупированных территориях СССР, либо награжденных орденами или

 медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной

 войны);

┌─┐

└─┘ - по проезду на железнодорожном транспорте пригородного сообщения

 (для лиц, подвергшихся политическим репрессиям и признанных

 реабилитированными;

 лиц, признанных пострадавшими от политических репрессий;

 лиц, проработавших в тылу в период с 22 июня 1941 года по 9 мая

 1945 года не менее шести месяцев, исключая период работы на временно

 оккупированных территориях СССР, либо награжденных орденами или

 медалями СССР за самоотверженный труд в период Великой Отечественной

 войны;

 для ветеранов труда, а также граждан, приравненных к ним по состоянию

 на 31 декабря 2004 года;

 ветеранов труда Новосибирской области)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись заявителя)